Lane Medical Library

Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen im Eiter.

1883

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

der hohen medicinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

und mit den beigefügten Thesen vertheidigt

am 28. Juli 1883

von

B. SCHLEGTENDAL,

prakt. Arzt.

Opponenten:

Dr. med. Pet. Feld, Assistenzarzt an der chirurg. Klinik.
stud. jur. Ernst Budde.
stud. phil. Walth. Schlegtendal.

Cöln,
Buchdruckerei von Th. Quos.
1883.

Seiner lieben Mutter.

Vorliegende Arbeit ist das Resultat einer langen Reihe on Untersuchungen, welche ich über das Vorkommen der Koch'schen Tuberkelbacillen im Eiter und in anderen chirurischerseits in Betracht kommenden Sekreten angestellt habe.

Als mir Herr Professor Trendelenburg Anfang Februar . c. die Bearbeitung dieses Themas vorschlug, konnte bei em geringen Material, welches bis dahin vorlag, noch gar icht abgesehen werden, wohin die Arbeit schliesslich auslaun würde. Das grosse Interesse, was die Tuberkelbacillen berhaupt erregten, hatte zwar schon Andere auf den Geanken gebracht, sie auch im Eiter von solchen Kranken sp. Krankheitsheerden zu suchen, welche aus irgend welchen ründen — sei es der hereditären Belastung oder der Complition mit eigentlicher tuberkulöser Phthise, sei es der alten rfahrungsthatsache gemäss, wonach fungös und skrophulös hr nahe verwandt, vielleicht identisch mit tuberkulös ist — e Wahrscheinlichkeit darboten, dass auch sie diese Kochhen Bacillen beherbergen könnten. Das vorhandene Matel war bis dahin aber sehr karg und jedenfalls für eine jede llgemeine Beurtheilung unzulänglich. Von irgend einer grössen Anzahl von Untersuchungen war keine Rede; nur wenige, legentliche Bemerkungen inmitten einer längeren Auseindersetzung verriethen überhaupt nur, dass auch der Eiter hon auf das Vorkommen von Tuberkelbacillen geprüft war. nd auch jetzt, d. h. volle 5 Monate später, sind es eigentch, soweit uns bekannt, nur 2 Mittheilungen, die wir als unser nema betreffend namhaft machen können.

Wir meinen zunächst die von Marchand-Giessen, wel er in einem längeren Aufsatze *), betreffend „die neuen Anhauungen über die Natur der Tuberkulose, vom pathologischatomischen Standpunkt betrachtet" an einer Stelle folgendes

*) Deutsche medicinische Wochenschrift. IX. Jahrgang. Nr. 15.

einfliessen lässt: „Von grosser Wichtigkeit dürfte der diagnostische Werth der Bacillen ferner für die Chirurgie sein, „doch liegen darin bis jetzt noch keine grösseren Untersuchungsreihen vor. Nach unseren Erfahrungen mit fungösen Granulationen und Gelenkeiter scheint der Nachweis der Bacillen „nicht leicht zu gelingen, was wahrscheinlich an der geringen „Zahl der letzteren liegt."

Von grosser Bedeutung ist sodann aber die zweite, hier anzuführende Arbeit, die von Schuchardt und Krause in Halle.*) Zwar haben auch sie dem Eiter nur geringe Aufmerksamkeit zugewandt, und erwähnt ihre Arbeit hiervon nur 4 Fälle — in denen es ihnen, nebenbei bemerkt, nicht gelungen ist, die Bacillen nachzuweisen, — aber die Resultate, welche sie auf dem Gebiete, dessen Bearbeitung sie sich fast ausschliesslich haben angelegen sein lassen, zu verzeichnen haben, verleihen der Arbeit dafür eine um so höhere Bedeutung. Bekanntlich haben sich die beiden Verfasser lediglich damit beschäftigt, die Tuberkelbacillen in den fungösen Granulationen, in den Abscessmembranen, in den Lymphdrüsen etc., kurz in allen möglichen Geweben verdächtiger Natur aufzusuchen. Hierbei haben sie das Glück gehabt, die Bacillen in allen ihren 40 Fällen nachzuweisen, theilweise im Gegensatz zu Koch-Berlin, der die Bacillen ebenfalls schon in fungösen Gelenken, und skrophulösen Drüsen gesucht hatte, der aber in 2 Fällen von vieren, resp. in 1 Fall von dreien ein negatives Resultat verzeichnen musste.

Während nun also Schuchardt und Krause, im Bestreben, „ein grösseres Material von „chirurgischer Tuberkulose" auf das Vorkommen von mikroskopisch (im Gegensatz zu durch Züchtung oder Impfung) nachweisbaren Tuberkelbacillen zu prüfen", sich lediglich mit dem Nachweis der Bacillen in den Granulationen etc. beschäftigten, hatte

*) Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen bei fungösen und skrophulösen Entzündungen. Von Dr. K. Schuchardt und Dr. Fedor Krause. Fortschritte der Medicin Nr. 9.

ich mich von Anfang an, ohne von jener Parallelarbeit zu wissen, lediglich auf die Durchsuchung des Eiters resp. chirurgischer Sekrete geworfen und habe mich auch später völlig darauf beschränkt, so sehr mir auch manchmal der Gedanke nahetrat, auch auf das Gebiet hinüberzuschweifen, das die Hallenser Arbeit mittlerweile so gründlich behandelt hat. Wenn ich trotzdem mich mit der Untersuchung des Eiters bescheidete, so hatte das folgenden Grund. Je weiter ich in meinen Untersuchungen kam, desto mehr drängte sich mir die Erkenntniss auf, dass einerseits dieses Thema trotz seiner Einseitigkeit einer speciellen Behandlung werth sei, insofern die Resultate an und für sich Stoff genug geben würden für eine diesbezügliche Ausarbeitung, dass aber anderseits nur bei einer derartig einseitigen, wenn auch mühsamen und auf die Dauer zuweilen langwierigen Behandlung ein nennenswerthes Resultat erzielt werden könnte, da es nur auf diese Weise zu erreichen war, einigermassen grössere Untersuchungsreihen vorzulegen, auf deren Bedeutung und Nothwendigkeit ja auch schon Marchand hingewiesen.

Bevor wir jedoch zur Mittheilung und Besprechung unserer Resultate übergehen, müssen wir noch dem Ziele und dem Zwecke einige Worte widmen, der die Untersuchungen geleitet hat. Derselbe konnte erst im Laufe der Arbeiten statuirt werden, da, wie wir schon sagten, im Beginne derselben jedwelche Möglichkeit ausgeschlossen war, darüber schon zu bestimmen. Die allgemeine Aufgabe hiess nur: „über das Vorkommen der Tuberkelbacillen im Eiter“; sie waren schon darin gefunden worden; lässt sich darin eine Constanz nachweisen? lässt sich aus dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein ein Schluss auf die Natur des Leidens ziehen? — Es ist klar, dass sich zunächst nur die allerallgemeinsten Fragen stellen liessen, und dass erst die Untersuchungen ergeben konnten, ob und wie dieselben zu beantworten, ob und wie sie specieller zu fassen seien, oder ob und wie sie eventuell ganz fallen zu lassen und durch neue zweckdienliche und beantwortbare zu ersetzen sein würden.

Das nächstliegende war die Annahme, dass die Tuberkelbacillen sowohl in bestimmten Eiterheerden zu finden sein würden, als auch dass man daraus einen Rückschluss auf die tuberkulöse Natur des Heerdes machen dürfe.

Mit dem Auffinden der Bacillen im Eiter ist es aber eine eigene Sache.

Koch sagt in seiner Arbeit: „Die Aetiologie der Tuberkulose“ bei der Mittheilung der Untersuchungsergebnisse auf Tuberkelbacillen bei fungösen Gelenkentzündungen: „in 2 Fällen wurden in vereinzelten kleinen Gruppen von Riesenzellen Tuberkelbacillen gefunden.“

Marchand spricht ebenfalls von der geringen Anzahl in diesen Fällen.

Und sehen wir die Resultate der Schuchardt und Krause'schen Arbeiten an, da finden wir am Schlusse — um die vielfach noch drastischeren Bemerkungen bei Aufzählung der Einzelfälle gar nicht zu erwähnen — zwar die Constanz in allen Fällen vermerkt, daneben aber folgende, die mühevolle Arbeit wohl charakterisirenden und bei dem, der in diesem Gebiete gearbeitet, die unbedingte Zustimmung findenden Bemerkungen: „Nur muss man — — sich ein mitunter langes Suchen nach den Mikroorganismen nicht verdriessen lassen“ — und: „Wie aus den mitgetheilten Protokollen wohl klar hervorgegangen ist, ist die Zahl der hier in dem tuberkulösen Materiale versteckten Bacillen meist eine sehr geringe“ — und „dementsprechend wächst auch die Schwierigkeit des Nachweises“.

Nun ist aber noch ein Unterschied zwischen jenen Untersuchungen und denen, die nur den Eiter betreffen.

Dort befinden sich die Bacillen im Gewebe, also eingebettet und festgehalten von der Umgebung — hier galt es sie in einem Fluidum nachzuweisen, wobei bei jedem Praeparate von neuem gehofft werden musste, dass sich gerade in dem Bruchtheile des Tropfens, der auf dem Deckgläschen fixirt wurde, der eine oder andere von den, wenn überhaupt, jedenfalls äusserst spärlich vorhandenen Tuberkelbacillen ein-

gefunden haben möchte. Dort stand den Untersuchern in jedem Augenblicke das ganze Material (die excidirten Gewebe) zur Verfügung; sie konnten eine unbegrenzte Anzahl von Schnitten durchlegen. Waren überhaupt Bacillen in der Masse, so musste schliesslich ein Schnitt den Heerd treffen. Ihre Resultate basirten also auf einer Methode, die nahezu für einen jeden einzelnen Fall das Ergebniss als absolut richtig erwarten lassen konnte. — Anders hier. Absehen müssen wir allerdings von dem Eiter aus frischgeöffneten, bisher geschlossen gewesenen Abscessen und Gelenkhöhlen. Diese einmal aufgefangene Menge gleicht in gewissem Sinne jenem Materiale, insofern nämlich als dasselbe im Nothfall bis auf den letzten Rest untersucht werden kann. Auch ist anzunehmen, dass, wenn sich überhaupt Bacillen in demselben vorfinden, dieselben nahezu gleichmässig in der Masse vertheilt sind. Die etwaigen Bacillen müssen sich also sicher finden lassen, und zwar schon bei einer relativ kleinen Anzahl von Präparaten, da in den meisten Fällen auch der absolute Gehalt an Bacillen ein höherer sein muss, da in diesem Heerd noch die ganze Brut eingeschlossen ist, die das Leiden ursprünglich sei es verursacht, sei es begleitet hat, und die während der Reifung des Heerdes zum ausgebildeten Abscesse auch ihrerseits Zeit und Gelegenheit zur weitesten Proliferation und Vermehrung gehabt haben muss. Fast immer fanden sich die etwa vorhandenen Bacillen auch im ersten Präparate an, und ich glaube mit einem gewissen Recht den Anspruch erheben zu können, dass sich bei ihnen „Finden und Nichtfinden“ mit „Vorhandensein und Fehlen“ identificiren lässt, dass also das Endergebniss mehr weniger absoluten Werth hat gleichwie die Ergebnisse der Schuchardt und Krause'schen Untersuchungen.

Die Mehrzahl unserer Fälle betrifft aber Sekret aus Fisteln und von Ulcerationsflächen. A priori lässt sich hier erwarten, dass die Untersuchungsresultate namentlich in den Fällen, wo sie hartnäckig negativ lauten, viel geringwerthiger sind, und während bei jenen Untersuchungen „Nichtfinden“

und „Nichtdasein“ vielleicht gleich zu setzen ist, wir hier genaugenommen nie das Urtheil anders fassen können als: „bis jetzt nichts gefunden!“

Denn sind wir auch noch so sehr im Unklaren darüber, was wir von der Bedeutung dieser Organismen für diese Leiden und von ihrer Vegetationsweise in den sogenannten tuberkulösen Entzündungsheerden zu denken haben, so ist doch aus den angeführten Notizen so viel als sicher zu entnehmen, dass ihr Sitz zunächst im Gewebe selbst zu suchen ist und nicht etwa z. B. auf der Innenoberfläche der Eiterheerde, von wo sie leicht vom Eiter abgespült werden könnten, um in relativ grösserer Anzahl im Sekrete zu erscheinen. Sowohl Koch als Schuchardt und Krause finden sie zumeist inmitten der Riesenzellen, seltener frei im tuberkulösen Gewebe gelegen. Wir können sie demnach auch wohl nur dann im Eiter erwarten, wenn die Gewebe soweit der Zerstörung und Auflösung anheimgefallen sind, dass die zählebigeren und der Destruktion entgehenden Mikroorganismen in das Eiterfluidum hineinfallen und in ihm suspendirt sich unter dem Mikroskope präsentiren können. Wir halten es nun für gar nicht so sehr wahrscheinlich, dass ein richtiger chronischer, tuberkulöser Heerd, der nur noch die geringsten Mengen von Wundsekret liefert, alle paar Tage, geschweige alle Tage Tuberkelbacillen aus dem Gewebe ausstösst und im Eiter erscheinen lässt. Ist darum der Heerd nicht-Tuberkelbacillenhaltig (cf. die Resultate von Schuchardt und Krause)? Finden wir sie also im Sekrete des Heerdes nicht, so können wir noch nicht sagen: der Heerd hat nichts mit Tuberkelbacillen zu thun.

Unsere Arbeit könnte also nicht eventuell beweisen wollen, dass Finden und Nichtfinden mit Vorhandensein und Fehlen der Bacillen im Eiter identisch sei.

Diese rein abstrakte Erwägung knüpfte sich bei mir an die Resultate der ersten Untersuchungen an und findet in deren Gesammtheit nunmehr auch für jeden Anderen die überzeugendste Bestätigung.

Das Vorkommen der Tuberkelbacillen im fistulösen resp. ulcerösen Eitersekret ist ein enorm seltenes und meist vollständig inconstantes, und es spottet gänzlich jeder Wahrscheinlichkeitsrechnung. Wenn ich vorübergehend einmal auf meine Resultate vorgreifen und auf die Fälle 79, 50 und 64 einerseits und auf 41 und 87 anderseits hinweisen darf, in denen trotz 12, 16 und 12 Präparaten bei den klinisch gravirendsten Umständen keine, resp. im 11.—12. Präparate ganz vereinzelte Bacillen zu finden waren, so erhellt hieraus: 1) dass die specifischen Kochschen Bacillen hier gefunden werden können, dass aber 2) dieselben, wenn sie überhaupt vorhanden, unter Umständen in so hohem Grade selten sind, dass an einer ganzen Reihe von Tagen eine unabsehbare Menge von Präparaten angefertigt werden müssen, bevor sie sich eventuell finden lassen, resp. man aus dem bis dahin negativ gebliebenen Resultate den für die Praxis völlig unbrauchbaren Schluss ziehen kann: dass dieser Fall wahrscheinlich wohl keine Bacillen enthält. Denn unbrauchbar ist dieser Wahrscheinlichkeitsschluss ganz und gar. Man braucht nur zu bedenken, dass die Bacillenheerde jetzt gerade nicht so nahe an der Oberfläche gelegen sind, dass sie innerhalb der Beobachtungszeit zum Aufbruch gelangten. Vorhanden können sie immerhin noch sein. Und konnten nicht schliesslich gerade in den Mengen der täglichen Eitersekretion, die wir nicht auf dem Deckgläschen aufgefangen haben, einige Tuberkelbacillen abgegangen sein?

Diese Ergebnisse kamen mir, wie gesagt, über der Arbeit zum Bewusstsein. Und während ganz im Beginne immerhin die Frage noch offen war, ob aus den Resultaten der mikroskopischen Prüfung des Sekretes ein Schluss auf die Natur eines speciellen Krankheitsfalles zu ziehen sein würde, d. h. ob sich unter allen Umständen die tuberkulöse Natur durch das Sekret feststellen lassen könnte — eine Aufgabe, die im Vergleich zur nächsterwähnten vom Standpunkt der reinen Wissenschaft aufzustellen wäre, und deren Lösung absoluten Werth haben würde, wenn sie für alle Fälle zu lösen wäre, was sie nach

meiner Ansicht nicht ist (cf. pag 9 ff.), — und während man immerhin denken konnte, dass sich dieses durch eine systematische Arbeit als möglich herausstellen könnte, so musste ich doch aus den angeführten Gründen diese Aufgabe fallen lassen, und praecisirte die Frage dahin, ob die zu ermittelnden Resultate es erlauben würden, den mikroskopischen Eiteruntersuchungen überhaupt praktischen Werth beizumessen, und ob es speciell für den praktischen Arzt von reellem und sicherem Nutzen sein würde, diese umständliche Methode anzuwenden.

Hierzu drängte mich noch ein weiterer Umstand. Wie schon erwähnt, würde die Beantwortung der ersteren Frage unter Umständen die Anfertigung einer grossen Reihe von Praeparaten, Tag für Tag erforderlich gemacht haben. Dieses wäre mir in manchen Fällen gar nicht möglich gewesen, da die Kranken oft nach verschwindend kurzem Aufenthalte dahier wieder abreisten und sich meinem Gesichtskreise entzogen.

Das Material, welches der folgenden Arbeit zu Grunde liegt, ist, wenige Fälle ausgenommen, das, wie es sich im Laufe der Monate auf den Krankensälen der chirurgischen Klinik und des hiesigen städtischen St. Johannis-Hospitales darbot. Eine Reihe von Fällen — hierher gehören z. B. die meisten Drüsenabscesse — entstammen den Kranken der chirurgischen Poliklinik.

Die Notizen aus der Krankheitsgeschichte entnahm ich zum vorwiegendsten Theile den Journalen und den klinischerseits geführten Krankengeschichten. Andere nahm ich selbst auf; bei Vielen suchte ich die Bemerkungen namentlich nach der Seite der hereditären Belastung zu vervollständigen. Leider ist mir dieses nicht in dem Grade gelungen, wie ich es gewünscht. Es hält vielfach zu schwer, von den Patienten dahin zielende, befriedigende Antworten zu erhalten, und erhält man eine Antwort, die dahin ausgelegt werden kann, so thut man schliesslich noch am besten, sie möglichst verbo tenus zu referiren; einem Jeden bleibt dann die Auslegung überlassen. Am schlimmsten steht es in Bezug auf diesen Punkt der Anamnese bei den Kindern. Trifft man es nicht

gerade gut, dass man die Eltern oder andere nächste Verwandte zu sprechen bekommt, so kann man nichts von Belang eruiren.

Erwähnen will ich noch, dass ich theils mit Gentianaviolet, theils mit Fuchsin, theils einfach, theils doppelt gefärbt habe, wobei ich keinen wesentlichen Unterschied von praktischer Wichtigkeit herausgefunden. Die Schnellfärbemethode habe ich nur vorübergehend angewandt, die andere scheint mir besser, zumal wenn man die Praeparate lange genug liegen lässt. Ich hatte es mir zuletzt zur Regel gemacht, mindestens 2×24 Stunden abzuwarten; manchmal traf es sich auch, dass 5 Tage darüber verstrichen. Die Praeparate gewannen nur dadurch, indem die Bacillen um so intensiver und gesättigter gefärbt vors Auge traten.

Was nun die Anordnung und Gruppirung des Materiales anlangt, so habe ich folgendes zu bemerken. Ich habe die geschlossenen und bis zum Tage der Incision und Eiterentnahme uneröffnet gebliebenen Abscesse und Gelenkvereiterungen von den offenen, fistulösen oder ulcerösen Eiterheerden getrennt. Es ist dies eine naturgemässe Unterscheidung. Man braucht nur zu bedenken, dass für letztere stets die Einrede möglich bleibt: die Bacilleninfection kann von aussen gekommen sein. Dies liegt bei den ersteren nicht vor. Die Bacillen, die sich dort vorfinden, müssen vom Blutstrom an die kranke Stelle gebracht sein, also muss eine (vielleicht nur vorübergehend stattgefundene) Allgemeininfektion unbedingt supponirt werden.

Von Belang ist für diese Trennung auch die oben (pag. 9 ff.) erwähnte Unterscheidung des absoluten und relativen Werthes der Resultate, insofern als wir die negativen Ergebnisse der ersten Klasse für nahezu absolut gültig, die der letzteren für nur relativ zutreffend erachten können.

Das Gesammtresultat umfasst 100 Patienten. Gewissermassen ganz auszuscheiden sind die im Anhang sub 101—108 aufgeführten 8 Fälle, die mehr zur Controlle nach der negativen Seite hin aufgenommen worden sind. Es betreffen dieselben nur Fälle, in denen weder die Natur des Leidens noch

der Allgemeinzustand des Kranken den Verdacht aufkommen liess, dass tuberkulöse Infektion vorliege. Der untersuchte Eiter sollte einfach reiner Eiter sein. Wir haben auch bei keinem derselben Tuberkelbacillen gefunden.

Von den übrigen 92 Personen boten mir wieder 8 Gelegenheit, aus je 2 nach Ort und Beschaffenheit verschiedenen Eiterheerden Sekret zu entnehmen. Dass dies nicht belanglos ist, und dass die naheliegende Vermuthung: das müsse ganz gleich sein, nicht zutrifft, beweist das eigenthümliche Resultat bei der Frau A. (Fall 23 und 32), wo die Untersuchung des am selbigen Tage von 2 verschiedenen Heerden frisch entnommenen Abscesseiters einmal relativ viele Bacillen ergab, das andere Mal trotz Anfertigung neuer Praeparate von dem entnommenen Eiter und trotz aller sorgfältigster Durchmusterung resultatlos blieb.

Die Anzahl der untersuchten verdächtigen Fälle beträgt sonach wieder 100. Von ihnen entfallen 40 unter die 1. Rubrik (uneröffnete Abscesse etc.) und 60 resp. 68 unter die 2. Rubrik (Fisteln etc.)

Ein Gesammtüberblick findet sich am Schlusse vor.

I.

Eiter aus geschlossenen Abscessen und Gelenkhöhlen.

A.

Knochen-, Knorpel- und Gelenkabscesse.

Von den untersuchten 23 Fällen zeigten 8 ein positives, 5 ein negatives Resultat.

1) Es fanden sich Tuberkel-Bacillen vor:

Caries des rechten Hüftgelenkes. Senkungsabscess vor dem rochanter major. Zugleich Caries des 3. und 4. Metatarsalknochens rechts.

Anna Kl. 11 J. aus T. Kind mässig entwickelt. — Erankte vor 5 Monaten zuerst am Fuss, sodann an der Hüfte. . V. Aufn.: am Fuss ostitische Fisteln, mit spärlicher Seretion. Trochanter maj. nach oben gerückt. Oberschenkel ektirt, adducirt, einwärtsgerollt. Unter der Spina ant. ein rosser Abscess in der Tiefe. Schmerz bei Bewegungen. 3. V. Spaltung des Abscesses (Eiterentnahme). 30. V. wen hohen Fiebers Resectio coxae.

Zahl der untersuchten Präparate: 2.

2) Caries des linken Hüftgelenkes. Gelenkvereiterung.

Peter Kl. 16 J. aus B. Junge mit phthisischem Habitus. — ir Herbst 1880 Hinken. Frühjahr 82 stärkere Schmerzen. erbst 82 wegen Verschlimmerung des Zustandes aufgenomer. Behandlung mit Extension, so dass er bald mit freiem d schmerzlosem Gelenk entlassen werden konnte. 27. II. Wiederaufn. Oberschenkel stark flektirt, adducirt und einrts rotirt. Jede Bewegung, wie auch Druck auf den Trochanter sehr schmerzhaft. Diese Verschlimmerung seit einigen

Wochen. 23. V. Resectio coxae: Gelenk vereitert (Eiterentnahme).

Z. d. P.: 2.

3) Caries des linken Tibiotarsalgelenkes.

Johanna Pf. 5 J. alt aus Kr. Angeblich keine hereditäre Belastung. — Seit 6 Monaten. Allmähliche Verschlimmerung. Seit 10 Wochen nicht mehr gegangen. Seit 5 Wochen zu beiden Seiten der Achillessehne Abscesse. Auftreibung der Epiphysen. Anschwellung der ganzen Gelenkgegend. 10. IV. Aufn. 13. IV. Incision (Eiterentnahme).

Z. d. P.: 2.

4) Caries der Diaphyse der rechten Ulna. Abscess.

Gertrud Sch. $3^1/_2$ J. aus B. Kind mässig entwickelt. — Leiden seit 2 Jahren. 23. IV. Incision (Eiterentnahme).

Z. d. P.: 2.

5) Periostitischer Abscess in der Gegend des capitul. rad. d.

Emmy W. 6 J. aus B. Seit 6 Wochen bemerkt, angeblich nach Seilchenspringen. Seit Anfang so dick wie heute. Nie besondere Schmerzen. Bewegungen frei. Nur Pro- und Supination behindert. 28. IV. Incision (Eiterentnahme).

Z. d. P.: 2.

6) Caries der Rippen rechts. Rippenabscess.

Frau Str. 35 J. aus M. Frau ziemlich elend. Phthisis pulmon. — Schon seit mehreren Jahren krank. Pfingsten 1882 schon ein Rippenabscess incidirt. Seit Weihn. 82 Anschwellung rechts in der Gegend der falschen Rippen. Abscess in der rechten Axillarlinie zw. 9.—11. Rippe, augenscheinlich Communikation mit einer innerhalb des Thorax subpleural gelegenen Höhle durch ein Interkostalspatium. 22. II. Incision (Eiterentnahme); Resektion des vom Eiter umspülten vorderen Endes der 10. Rippe.

Z. d. P.: 10.

7) Caries der Rippen links. Abscess in der Lumbalgegend.

Johann M. 61 J. Briefträger aus K. Anfang Dez. 1882 erkrankt unter Schmerzen in der linken Lumbalgegend. Damals Schmerzen beim Stuhlgang. Angeblich ohne Fieber. Kurz vor Weihnachten Anschwellung der betreffenden Stelle. 4. II. 83 Entleerung des Eiters vermittelst Dieulafoy. Jetzt erneute Anschwellung ca. $1^1/_2$ Faust gross. 1. VI. Incision (Eiterentnahme).

Z. d. P.: 2.

8) Abscess in der vorderen Halsgegend nach Perichondritis laryngis.

August H. 28 J. Bergmann aus Ei. Starker Verdacht auf Phthise. Vor 2 Jahren Hämoptoë. R. Spitzenkatarrh. — Vor 7 Wochen plötzlich Anschwellung in der vorderen Gegend des Halses. Es bildete sich eine gut faustgrosse Geschwulst, die dann nicht mehr zunahm und keine Schmerzen verursachte. Dabei 14 Tage lang Heiserkeit. Seit 8 Tagen Röthung der Geschwulst; Aufbruch bevorstehend. Im Larynx nichts Besonderes. 23. II. Spaltung (Eiterentn.); der Finger dringt nach hinten-links bis zur cartil. cricoidea; Knorpel bloss liegend.

Z. d. P.: 12. *)

---

2) Es fanden sich keine Bacillen vor:

9) Caries des Beckens. Abscess über der rechten Beckenschaufel.

Adam F. 30 J. Schuster aus B. Spitzenaffektion; pleuritische Residuen. — Abscess seit $^1/_4$ Jahr bestehend; mannskopfgross. An einer Stelle Haut sehr verdünnt. Ueber die Fistellinie hinausgehend, bis zur Symphys. sacroiliac. sin., woselbst Druckschmerz. 21. II. Spontaner Aufbruch (Eiterentn.)

---

*) Diese grössere Anzahl der Präparate wurde angefertigt behufs Prüfung anderer Färbemethoden. Hier wie in den vorigen Fällen fanden ich die Bacillen schon im ersten Präparate.

Erweiterung der Oeffnung; der Finger dringt in einen Kanal vor, der zur Symph. sacroiliac. führt.

Z. d. P.: 18.

10) Caries des linken Hüftgelenkes. Senkungsabscess vor dem Troch. maj.

Eberhard Sch. 5 J. aus B. Bruder von 4). 20. VIII. 1880 Aufn. 30. X. Ein Abscess am linken, äusseren Augenwinkel gespalten. 31. X. 81 ein Abscess am Troch. maj.; 17. II. 83 ein gleicher ebendort incidirt (Eiterentn.), 5. III. 83 wiederum einer am Oberschenkel. 10. III. 83 ungeheilt entlassen.

Z. d. P.: 10.

11) Caries des linken Oberschenkels. Grosser Abscess an der Aussenseite.

Gottfried R. 33 J. Schlosser aus G. Mit 17 J. hatte Pat. Hämoptoë; vor 14 Tagen gleichfalls. Linke Lungenspitze ist gedämpft; vereinzelte Rasselgeräusche. Aelterer Bruder an Phthisis gestorben. Elendes Aussehen. — Vor 6 Wochen Schmerzen am link. Oberschenkel, ungefähr in der Mitte, besonders auf Druck. 4 Wochen noch darauf gegangen. 10. III. Incision; es entleert sich eine grosse Menge scheusslich stinkenden, gelblich-grauen Eiters; 4 Tage darauf wiederum Eiter entnommen von der reichlich secernirenden Incisionsöffnung. Beide Male ohne Resultat.

Z. d. P.: 8.

12) Caries des oberen Endes des linken Oberschenkels. Congestionsabscess an der Hinter- und Aussenseite.

Dietrich G. 23 J. Kohlenarbeiter aus M. Hereditäre Belastung nicht zu ermitteln. Patient hustet erst seit kurzer Zeit. Stark reducirte Körperformen. Phthisischer Habitus. L. O. Rasseln. — Mit 14 J. Ostitis ulnae dextr. gehabt. Viele Fisteln und Geschwüre am Oberschenkel. Tuberkulöse Ulcerationen am rechten Olecranon, angeblich seit 2—3 Wochen. Seit 3 Monaten tuberkulöse Ulcerationen in den fossae supra-

et infraclavicul. sinistr. Angeblich am 18. VIII. 1882 stark in die linke Seite gestossen worden. Starke Schwellung und Arbeitsunfähigkeit. Nach 8 Tagen wurde ein 4 Liter Eiter enthaltender Abscess am lig. Poupart. incidirt. Erst seit 14 Tagen nicht mehr geeitert. Seitdem aber starke Schwellung am Troch. maj. Seit 5 Wochen Bein gekrümmt. An Wirbelsäule und Becken nichts. 30. IV. 83 Aufnahme. 2. V. Incision: eine Stelle des os femor. entblössf (Eiterentn. bei der Operation und am 15. V. aus dem Drainrohr).

Z. d. P.: 4.

13) Ostitis und Periostitis der Diaphyse des link. Oberschenkels. Grosser Abscess an der Innenseite.

Karl H. 14 J. aus A. Schmächtiger, blasser Knabe. Anfang Febr. 1882 fieberhaft erkrankt; nach 8 Tagen Anschwellung am linken Oberschenkel, oberhalb des Knies. Starkes Fieber und heftige Schmerzen. 21. III. 82 incidirt: ca. $1^1/_2$ Liter Eiter entleert; die ganze Hinterfläche des os femor. lag frei. April 83 entl. — 8. V. Wiederaufn.: neuer Abscess an der alten Stelle, der spontan auf dem Transport zum Aufbruch gelangt. (Eiterentn. sofort bei der Aufn.)

Z. d. P.: 2.

14) Caries des unteren Endes des linken Oberschenkels. Vereiterung des Kniegelenkes.

Kath. K. 12 J. aus P. Hereditäre Belastung nicht nachzuweisen. — Hinkt seit 8 Monaten. Anschwellung des link. Knies ohne bekannte Veranlassung. Bis 20. XI. gegangen. Von da wegen plötzlicher grosser Schmerzhaftigkeit gelegen. 5. XII. 82 Aufn.: Kniegelenk geschwollen; Unterschenkel fleckir fixirt, nach aussen rotirt. Deutliche Fluktuation, hochgradige Empfindlichkeit. 12. XII. Streckung in der Narkose. Gypsverband, der am 16. I. 83 entfernt. Keine wesentliche Besserung zu erzielen. 9. II. 83 Ablatio femoris. (Eiter aus dem frisch geöffneten Gelenke.)

Z. d. P.: 4.

15) Chronisch-fungöse Kniegelenkentzündung rechts.

Frau A. W. 38 J. aus R. Heredität angebl. nicht vorliegend. Patientin will sonst gesund sein. — Leiden seit 2 J.; Trauma nicht bekannt. 16. II. Aufn. 17. II. Ablatio femor. (Eiterentn.)

Z. d. P.: 4.

16) Chronisch-fungöse Kniegelenkentzündung rechts.

Frau Kath. W. 52 J. aus R. Frau mager, blass; beiderseits Spitzenaffektionen. Cavernen rechts. — Pfingsten 81 aufs Knie gefallen; bis Herbst ohne Schmerzen umhergegangen. Nov. 81. Anschwellen des Gelenkes unter Schmerzen. Umhergegangen bis März 82; dann gelegen. Knie langsam krumm geworden. April 82 Aufn.: Beugung möglich; aktives Heben des Beines nicht möglich. Knie geschwollen. Geringer Druckschmerz. Mai 82 entl. Sie konnte wieder Stunden lang gehen. Seit Herbst wieder gelegen. 26. IV. 83 Aufn. Recessus super. stark angefüllt. 28. IV. Ablatio fem. (Eiter aus dem frisch geöffneten Gelenk.)

Z. d. P.: 2.

17) Chronisch-fungöse Kniegelenkentzündung rechts nach Ostitis femoris.

Heinr. Sch. 20 J. Schneider aus Sch. Mässig entwickelter Körper. In der Familie keine verdächtigen Krankheiten. — Im 10. Lebensjahr zuerst Anschwellung des cond. int. femor. Schon damals Beugung beschränkt; seit mehreren Jahren ganz aufgehoben. Seit 5 Jahren Schmerzen. 23. I. Aufn.: ziemlich gleichmässige Auftreibung der Kniegelenkgegend; ohne Schmerzen nur geringe Bewegungen möglich. 10. IV. Resectio genu (Eiterentn.)

Z. d. P.: 2.

18) Chronisch-fungöse Kniegelenkentzündung rechts.

Jakob Sch. 35 J. Tagelöhner aus W. Mann mager. Lungen intakt. Aus gesunder Familie. — Seit ungefähr 1 Jahr

Beschwerden am Knie; dasselbe schwoll bei der Arbeit immer an. Seit 3 Wochen bettlägerig. 20. V. 83 Aufn. Vordere Gelenkgegend geschwollen. Kein Erguss ins Gelenk. Haut darüber unverändert, geringgradig gespannt. 30. V. Resectio genu (geringe Massen käsigen Eiters. Eiterentn.)
Z. d. P.: 2.

19) Caries der rechten Scapula. Abscess.

Johann U. 14 J. aus M. Seit Ostern starke Schmerzen im Rücken. Später Anschwellnng über dem rechten Schulterblatt. Bei der Aufn. Abscess über dem angul. inf. scapul. d. 13. IV. Incision (Eiterentn.); Knochen entblösst. 4. V. Entlassen.
Z. d. P.: 2.

20) Caries des linken Ellbogengelenkes. Abscess.

Gertrud E. 4 J. aus N. Ellbogen anchylotisch. 7. II. Abscess gespalten (Eiterentn.)
Z. d. P.: 10.

21) Caries der Rippen. Abscess rechts in der Mamillarlinie.

Elise Sch. 9 J. aus E. Schwächlichen Aussehens. Lungen intakt. Familie gesund. Ausserdem tuberkulöse Knoten um cond. int. hum. sin. und tub. Geschwüre auf der Dorsalfläche des Vorderarms. — Abscess seit 4 Wochen bemerkt. 1. V. Incision (Eiterentn., wie auch nach 10 Tagen aus der Fistel.)
Z. d. P.: 4.

22) Parulis nach Caries dent. canin. sup. sin.

Nikol. W. 26 J. Anstreicher aus B. Schmerz und Schwellung seit einigen Tagen. Incision. (Eiterentn.)
Z. d. P.: 2.

23) Caries des os nasal. dexter. Abscess auf dem Nasenrücken.

Frau Kath. A. 59 J. aus B. Sehr dekrepides Aussehen. Sub. 19. XII. 82 ist folgendes eingetragen: „Congestionsabscess rechts von der Wirbelsäule in der Höhe der rechten Scapula. Bis vor 2 Jahren sei der Rücken gerade gewesen; dann

unter Schmerzen allmählich Verkrümmung des Rückgrates. Abscess seit 8 Wochen.“ Später noch: ein chronischer Abscess auf der Dorsalseite des linken Vorderarmes. 15. IV. 83: Abscess an der Aussenseite des rechten Unterschenkels, ein dito auf der rechten Hälfte des Nasenrückens; angeblich seit 3 Wochen bemerkt. 16. V. Incision (Eiterentn.) cf. Nr. 32.

Z. d. P.: 4.

B.

Lymphdrüsen-, Weichtheilabscesse.

In diese Rubrik entfallen 9 mit positivem, 8 mit negativem Resultate.

1) Es fanden sich Tuberkel-Bacillen:

24) Vereiterte Lymphdrüsen hinter dem rechten Ohr.

Ph. F. 6 J. aus K. Junge sieht gesund und kräftig aus. Gesunde Familie. — Ohrenfluss seit $1^1/_2$ Jahren, nachdem er vor 3 J. Scarlatina und Diphtheritis gehabt. Seit 14 Tagen Anschwellung hinter dem r. Ohr. Incision 4. IV. (Entn., es finden sich äusserst wenig Bacillen vor).

Z. d. P.: 8.

25) Vereiterte Lymphdrüsen in der Gegend des linken Kieferwinkels. Caries der Zähne.

Frau Elise A. 26 J. aus B. Heredität nicht erweislich. In der Jugend an Drüsen gelitten, wovon Narben oberhalb der Clavicula. Kein Husten. Frau schwächlich. — Seit 2 Monaten bestehend. 16. IV. Incision. (Eiterentn.)

Z. d. P.: 4.

26) Vereiterte Lymphdrüsen am rechten Unterkiefer.

Nik. R. 10 J. aus B. Hereditäre Belastung scheint vorhanden. — Seit einigen Wochen bestehend. 18. IV. Incision. (Eiterentn.)

Z. d. P.: 6.

27) Vereiterte Lymphdrüsen am rechten Unterkiefer.

Joh. Sch. 21 J. Korbmacher aus B. Pat. hat früher auch schon an Drüsen gelitten. — Die jetzige Schwellung seit 5 Wochen. 20. IV. Incision. (Eiterentn.)
Z. d. P.: 2.

28) Vereiterte Lymphdrüsen am linken Unterkiefer.

Joseph Sch. 21 J. Schmied aus B. Eltern gesund. Eine Schwester hat auch sehr viel an Drüsen gelitten. Pat. sonst gesund. — Vor 1 J. ist an derselben Stelle ein Drüsenabscess gespalten worden. Diese neue Schwellung seit Winter. Ursache unbekannt. 24. IV. Incision. (Eiterentn.)
Z. d. P.: 2.

29) Vereiterte Lymphdrüsen in der rechten Submaxillar-, Hinterohr- und Supraclaviculargegend.

Gerhard Br. 21 J. aus D. Mutter und älteste Schwester an Phthise gestorben. Seit Ostern heiser. Etwas Husten. Seit 4 J. bestehend. Theils hühnerei-, theils faustgross. In letzter Zeit schnell gewachsen. 29. V. Incision. (Eiterentn.)
Z. d. P.: 4.

30) Tuberkulöses Lymphdrüsenpacket in der linken Achselhöhle.

Wilhelmine Kl. 28 J. aus B. Schwester an Phthise gestorben. Vor 3 J. Blutsturz. In der letzten Zeit Kräfteverlust. — 23. V. Exstirpation einer grossen Anzahl von Drüsen. Die Durchschneidung ergiebt: weder Verkäsung noch Vereiterung. (Ich schabte ohne Gewalt mit einem Messer von der Feuchtigkeit, die das Gewebe durchtränkte, aufs Deckgläschen.)
Z. d. P.: 4.

31) Abscess in den Weichtheilen des rechten Oberschenkels an der Aussenseite.

Joh. W. 9 J. aus E. Anfang vorigen Sommers, also vor $^1/_4$ Jahr ist Junge vom Turnreck gefallen. Seitdem hinkender Gang. Seit 6 Wochen Anschwellung am Oberschenkel.

13. IV. Incision; keine Knochenerkrankung nachzuweisen. (Eiterentn.)

Z. d. P.: 2.

32) Tuberkulöser Abscess am rechten Unterschenkel.

Cf. Nr. 23. 16. V. (In diesem Eiter fanden sich ziemlich schnell mehrere Bacillen vor, während es mir nicht gelang, trotz wiederholter Anfertigung von Präparaten auch nur einen einzigen Bacillus im Eiter des Nasenabscesses nachzuweisen. Also ein und dieselbe dekrepide Person, zu gleicher Zeit 2 Abscesse an 2 verschiedenen Körperstellen, in derselben Stunde gespalten, und doch verschiedenes Resultat!)

Z. d. P.: 2.

---

2) Es fanden sich keine Bacillen vor:

33) Vereiterte Lymphdrüsen in beiden Submaxillargegenden.

Wilh. L. 14 J. aus B. Junge gesunden und kräftigen Aussehens. — Seit 3 Monaten bestehend. Mehrfach getrennte, je kirschgrosse Drüsen, theilweise vereitert. 27. IV. Exstirpation: alle grösseren Drüsen sind vollständig vereitert, die kleineren und kleinsten, bis zur Grösse einer Erbse hinunter zeigen mindestens ein vereitertes Centrum. (Es fanden sich weder im reinen Eiter der grossen, noch im ausgepressten Sekrete der allerkleinsten Drüsen Bacillen vor.)

Z. d. P.: 6.

34) Vereiterte Lymphdrüsen vor der rechten Achselhöhle, am Rande des m. pectoralis.

Joh. Sch. 16 J. Küster aus L. Junge mässig genährt. Eine Schwester ebenfalls drüsenkrank. — Faustgrosses Packet; man kann deutlich einige Knoten durchfühlen; verschiebbar; Achselhöhle selbst frei. Seit Monaten bestehend. 30. IV. Exstirpation. (Eiterent.)

Z. d. P.: 2.

35) Vereiterte Lymphdrüsen unterhalb beider Kieferwinkel.

Marg. L. 4 J. aus B. Eltern gesund; dito 8 Geschwister. — Kind sehr chlorotisch; gedunsene Gesichtsformen; skrophulöses Aussehen. 4. V. Incis. (Eiterentn.)

Z. d. P.: 2.

36) Vereiterte Lymphdrüsen hinter dem linken Kieferwinkel und Ohr.

Joseph E. 6 J. aus B. Kind sehr chlorotisch und schlecht genährt. Vater und ältester Bruder sollen auch an Drüsen gelitten haben. Tuberkulöse Ulceration vor dem linken Ohr seit 1 J. — Die Drüsenschwellung seit einigen Wochen. Peliculi capitis. 5. V. Incision (Eiterentn.)

Z. d. P.: 2.

37) Perinephritischer Abscess rechts.

Hermann Bl. 12 J. aus E. Junge gesunden Aussehens. Anfang Febr. Stoss gegen die rechte Seite. 4. III. Aufn. auf die innere Station. Hochfiebernd. 5. IV. translocirt nach der chirurgischen Abtheilung. In der rechten Lendengegend eine fluktuirende, halbkugelige Vorwölbung; Haut geröthet. 5. IV. Incision des Abscesses; Rippen nicht blossliegend; der Abscess reicht nach innen bis zur Wirbelsäule; Niere nicht deutlich zu fühlen. (Eiterentn.) Nach 10 Wochen fast ganz ausgeheilt.

Z. d. P.: 4.

38) Abscess in der linken Hinterbacke.

Jakob H. 10 J. aus S. Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Junge schwächlich, phthisisch-skrophulöser Habitus. — Abscess apfelgross. Seit 8 Tagen bemerkt. Ausserdem periostitische Auflagerungen am angul. mandib. d. Seit 14 Tagen. 20. IV. Incision (Eiterentn.)

Z. d. P.: 2.

39) Abscess in der linken Backe.

Johann St. 34 J. Ackerer aus K. Kräftiger Mann. —

Vor 4 und vor 2 J. hat Patient ganz dasselbe Uebel gehabt, wovon übrigens Narben nicht mehr nachzuweisen. Seit 8 Tagen bestehend. Ursache nicht zu ermitteln. 21. IV. Incision (Eiterentn).

Z. d. P.: 2.

40) Abscess an der rechten Seite des Halses.

Theodor B. 13 J. aus H. Seit 3 Wochen bestehend. Ursache nicht zu ermitteln. 5. VI. Incision.

Z. d. P.: 2.

II.

Eiter aus Fisteln und von Ulcerationsflächen.

A.

Knochen- und Gelenkfisteln.

7 Fälle mit positivem, 39 mit negativem Resultate.

1) Es fanden sich Tuberkelbacillen:

41) Caries des rechten Hüftgelenkes. Alte Fisteln am Oberschenkel.

Wilhelm W. 26 J. Schuster aus R. Hereditär nicht belastet. Phthisischer Habitus. — Im Alter von 8 Jahren rechts Coxitis. Ein Jahr gelegen. Ausgeheilt mit starker Verkürzung des Beines. Dez. 1881 beim Gehen Schmerzen in der Gegend des Schenkelkopfes; zugleich an der rechten Seite des Beckens beginnende Anschwellung. 18. X. 82 Aufn.: Oberschenkel fixirt in Beugung, Adduktion, Auswärtsrollung; Kopf luxirt nach der Fossa iliaca. Unter der Spina ant. inf. ein Abscess. 8. XI. Spaltung; langsam ausheilend. 18. II. 83 erhöhte Sekretion; Fieber; Druckschmerz am Schenkelkopf

(Eiterentn. vom 19. II. ab; in der 3. Serie fanden sich endlich einige Bacillen.)

Z. d. Pr.: 12.

42) Caries der Wirbelsäule und des rechten Hüftgelenkes.

Johann Kl. 33 J. Fassbinder aus R. Vater an Kehlkopfschwindsucht gestorben; Mutter und Geschwister gesund. Vor 3 Jahren Rippenfellentzündung. — Vor 2 J. Schmerzen im Kreuz, ohne bekannte Veranlassung; dieselben am heftigsten beim Stehen, Gehen und Bücken. Diese Schmerzen zogen sich nach einem J. „auf den Kamm des Hüftknochens", wie Pat. sich ausdrückt. Je mehr sie hier auftraten, desto mehr nahmen sie im Kreuze ab. Seit 25. III. 82 stets gelegen. Beweglichkeit damals sehr beschränkt. Nach 4—6 Wochen Anschwellung des Obersch. vom Knie nach der Leiste aufsteigend. Nach Applikation einer Extensionsvorrichtung Schwinden der Schmerzen. 18. X. 82 Incision eines Abscesses. Seit Jan. 83 allabendlich Fieber; dabei Allgemeinbefinden schlecht. Angeblich kein Husten. 11. II. Aufn.: Fisteln oberhalb des Troch.; Hüftgelenk fixirt. Amyloide Degeneration der Nieren. Anasarka. (vom 15. u. 16. III. Eiterentn; auffallend viele Bac.) 25. III. gestorben.

Z. d. P.: 8.

43) Caries des linken Ellbogengelenkes.

Anna B. 14 J. aus G.-R. Seit $1^1/_4$ J. krank. Gelenk rechtwinklig gebeugt, fast unbeweglich. Ueber dem cond. ext. hum. breite Granulationsfläche, in deren Mitte eine Fistel in die Tiefe führt. Durch diese ebenso wenig wie durch eine Fistel auf der Beugeseite stösst man auf rauhen Knochen.

Z. d. P.: 2.

44) Caries des linken Ellbogengelenkes. Gelenk-Abscess.

Frau Babette L. 40 J. aus M. Mässig genährte Frau; früher gesund; beiderseits Spitzenaffektion. Hereditär nicht belastet. Vor 2 Jahren Drüsenvereiterung rechts am Halse, wovon noch ulcerirende Stellen. Achseldrüsen links hart ge-

schwollen, angeblich nach Entzündung der l. Brust. — Vo
6 Monaten zuerst Schmerzen im link. Ellbogen. Vor 8 Wo
chen spontan aufgebrochen. Seitdem Fistelnhaut über der spir
delförmig aufgetriebenen Gelenkgegend geröthet.
Z. d. P.: 4.

45) Caries der rechten Clavicula. Fistel.

Frau Anna J. 36 J. aus A. Eltern gesund gewesen. 2
Geschwister an Brustkrankheiten gestorben. Kinder angeblich
gesund. Die letzten Kindbetten haben die Frau sehr geschwächt
Seit 1 J. Hüsteln. Seit 2 Monaten stärkerer Auswurf. Frau
mager, blass; entschieden phthisischer Habitus. — Beginn des
Leidens vor 2 J. Die Schlüsselbeingegend wurde von selbst
dick und roth; auf warme Umschläge hin erfolgte der Auf-
bruch. Fistel seitdem bald geschlossen, bald wieder secernirend. Zur Zeit geringe Eiterung; von selbst kommt binnen
24 Stunden fast nichts heraus. Durch Drücken lassen sich einige
Tropfen eines stinkenden, graugelblichen Eiters gewinnen.
Z. d. P.: 4.

46) Caries des rechten 4. Metatarsalknochens.

Johann G. 12 J. aus D. Angeblich aus gesunder Familie.
Junge mässig entwickelt, bleich, mager. Fistel auf Volar- und
Dorsalseite. Geringe Sekretion. Man stösst nicht auf rauhen
Knochen.
Z. d. P.: 2.

47) Fungöse Entzündung der bursa infragenualis dextra.

Christian H. 18 J. Bergmann aus D. Aus gesunder Familie. Während der Schulzeit an „inneren Drüsen" gelitten.
Pat. hat bleiches Hautkolorit. — Seit $1^1/_4$ Jahren. Ursache
unbekannt. Pat. hat bei der Arbeit immer gestanden, nie gekniet. Allmählich schlimmer geworden. Starke Behinderung
beim Gehen. 10. II. Incision: es findet sich nur Granulationsgewebe, kein Eiter. In der Folge eitert die Wunde stark und
zeigt wenig Verheilungstendenz (Eiterentn. Anfang April).
Z. d. P.: 6.

2. Es fanden sich keine Bacillen:

48) **Chronische Hüftgelenkentzündung links. Fisteln in der Trochantergegend.**

Georg M. 46 J. Ackerer aus M. Vater gesund; Mutter vor 5 J. an der Zehrung gestorben. Geschwister gesund. Pat. mager, llend. Kein Husten, wenig Auswurf. — Seit 1870 Hinken vegen Schmerzen im Bein. Noch immer den Acker bestellt. Eine Anschwellung in der Gegend des Troch. maj. blieb Jahre ang unverändert. Seit Sept. 82 gelegen. 30. X. 82 Aufn.: Bein auswärtsgerollt, nicht verkürzt; Schmerzhaftigkeit des Hüftgelenkes bei Bewegungen. 29. XII. Incision des Abscesses im Troch.; viel Eiter. Fisteln seitdem stets offen.

Z. d. P.: 4.

49) **Chronische Hüftgelenkentzündung rechts. Caries des oberen Endes des Oberschenkelknochens.**

Caroline M. 23 J. aus W. Seit 12 J. krank. Veranassung unbekannt. Zuerst starke Anschwellung des Oberchenkels innen, später auch aussen. Nach 3 Mon. Aufbruch, obei viel Eiter entleert. Nach und nach entstanden viele Fisteln von inkonstantem Bestande, welche alle nach der Genkgegend hinführen. Bein flektirt, adducirt. Während ihres albjährigen Aufenthaltes in der Klinik sind mehrere Abscesse espalten worden, so dass jetzt zahlreiche Fisteln und Narben orliegen.

Z. d. P.: 8.

50) **Caries des oberen Endes des femur; sekundäre Coxitis.**

Leopold F. 20 J. aus B. Grossvater, Vater und älterer ruder an Phthise gestorben. Pat. hustet nicht. Bleiche esichtsfarbe. — Beginn des Leidens mit 11 J. Jahre lang elegen, starke Eiterung. Allmählich ausgeheilt, so dass vor J. wieder Gehen mit Stock möglich. Vor 1 Jahr Wiederufbruch der alten Fisteln. Seitdem dauernd gelegen.

Z. d. P.: 16.

51) Caries des unteren Endes des linken femur. Fungöse Kniegelenkentzündung.

Peter W. 2 J. aus B. Kind in elendem Zustand, hoch fiebernd. Seit 9 Wochen bestehend. Nachdem eine Zeit lan die Extension applicirt, wurde Kind entlassen, kehrte aber nac 14 Tagen zurück mit grossem, tiefem Abscesse an der Ausser seite des Oberschenkels. Incision (nach 8 Tagen Eiterentnahme Sekretion spärlich.)

Z. d. P.: 6.

52) Eiterige Kniegelenkentzündung rechts. Fisteln.

Margar. L. 19 J. Dienstmdch. aus N. Ohne bekannte Veranlassung erkrankt. Anhaltende, starke Eiterung. (8 Tage nach Incision Eiterentn.)

Z. d. P.: 12.

53) Caries der linken Tibia am ober. Ende; 2 Fisteln an der Innenseite des Unterschenkels im oberen Drittel.

Anna S. 22 J. Köchin aus N. Vater an Phthise gestorben. — Schon vor 5 J. fand der erste Aufbruch an 2 Stellen statt. Diese Fisteln 4 Mon. offen. Mitte vorigen Jahres wiederholte sich der Process. Seitdem dauernd Secretion. Veranlassung unbekannt. Druckschmerz am cond. int. tib. Sonde dringt auf rauhen Knochen.

Z. d. P.: 6.

54) Caries des rechten Sprunggelenkes.

Kathar. C. 4 J. aus A. Schwächliches, zartes Kind. Angeblich erst seit 9 Wochen. Vor 14 Tagen Spaltung eines Abscesses, das Gelenk ist an der Hinterseite geöffnet.

Z. d. P.: 4.

55) Caries der link. Fusswurzelknochen.

Frau Br. 39 J. aus N. Elendes Aussehen. Phthisis pulmon. — Der linke Fuss allseitig stark geschwollen; allenthalben Fisteln. Sprunggelenk frei. Fisteln führen auf rauhen

Knochen. Frau verlässt schon am 3. Tage die Anstalt, vor der Amputation.

Z. d. P.: 2.

56) Caries der rechten Fusswurzelknochen.

Anna Br. 14 J. aus H. Mädchen blass, hager. — Vor ? J. Schwellung des rechten Fussrückens; keine Schmerzen. Bald Aufbruch, Fistelbildung. Eine Zeit lang starke Eiterung; nur Zeit geringe Sekretion.

Z. d. P.: 6.

57) Caries des os calcan. sin.

Kath. Sch. 15 J. aus L. Seit $^5/_4$ J. leidend. Fast die ganze Zeit der Schmerzen beim Auftreten wegen gelegen. Vor 1 Jahr Incisionen neben der Achillessehne. Vor 2 resp. Monaten wiederholte Spaltung von Abscessen.

Z. d. P.: 6.

58) Caries des os calcan. rechts.

Wilh. Sch. 5 J. aus B. Multiple Caries, basirend auf hereditärer Lues (?). Vielfache Fisteln der Schädel-, Gesichts- und Extremitätenknochen.

Z. d. P.: 4.

59) Caries des os calcan. links.

sh. vorigen Fall.

Z. d. P.: 4.

60) Caries der Metatarsalknochen rechts.

Bergmann W. 23 J. aus W. Schwächlich, blass. In den Lungenspitzen Rasseln, unbestimmtes Athmen. — Aus den Fisteln auf dem rechten Fussrücken sind schon kariöse Knochentheile entfernt worden. Spärliche Sekretion.

Z. d. P.: 2.

61) Caries des I. Metatarsalknochen links.

Christian Kr. $16^1/_2$ J. aus S. Gesunde Familie. Seit

Juni 82 Schmerzen und Anschwellung. August 82 Incision. Fisteln stets offen geblieben.

Z. d. P.: 4.

62) Ostitis humeri dextri.

Heinr. Str. 21 J. Klempner aus M. Anfang Aug. 82 erkrankt. Schmerzen im Schultergelenk. Nach einigen Tagen Anschwellung unterhalb des Oberarmkopfes. Nach 1 Mon. Abscess incidirt: sehr viel Eiter entleert. Später ein Abscess am cond. int. geöffnet, von dem jetzt die Fisteln. Humerus stark verdickt, Schultergelenk frei. Ellbogengelenk behindert. Eiter aus den Fisteln oberhalb des cond. int.

Z. d. P.: 4.

63) Caries des Olecranon rechts. Periartikulärer Abscess.

Christian J. 52 J. Flurhüter aus R. Linke Lungenspitze zeigt Rasseln; Schnurren links sehr verbreitet zu hören. — Frühjahr 82 zuerst Schmerz am Ellbogen bei starken Bewegungen. Anfang Dec. Anschwellung zwischen Olecr. u. cond. int. — Gelenk aktiv und passiv behindert. Mitte Jan. ein Abscess gespalten, Knochenheerd ausgekratzt. (Mitte Febr. Eiterentn.)

Z. d. P.: 4.

64) Caries des rechten Ellbogengelenkes. Fisteln.

Mathilde H. 17 J. aus U. Eltern gesund; eine Schwester leidet viel an Drüsenvereiterungen. Patientin sonst gesund; nur bleich und mager. — Vor 10 J. Aufbruch eines ostitischen Heerdes über den Metakarpalknochen der rechten Hand, wovon jetzt noch Fisteln. Vor 6 J. Abscess am rechten Oberarm gespalten, bald ausgeheilt. Vor 4 J. am r. Unterarm Abscess; ausgeheilt. Vor 3 J. Ellbogen angeschwollen; aufgebrochen; dann mit verminderter Extensionsfähigkeit ausgeheilt. Weihn. 82 wegen erneuter Schmerzen Bewegungen im r. Ellbogen suspendirt. Anfang Jan. 83 Incision, wobei angeblich kein Eiter entleert; seitdem offen geblieben. (Die

letzte grössere Serie von Praeparaten betraf Eiter, den ich während der Resektion aus den Tiefen des vereiterten Gelenkes entnommen).

Z. d. P.: 12.

65) Caries des rechten Ellbogengelenkes.

Heinrich L. 14 J. aus E. Junge blass, schmächtig. Vater an Phthise gestorben. — Ellbogengelenk seit 5 J. entzündet; begonnen nach überstandenem Scharlach. 9. IV. 83 Spaltung eines Abscesses. (Mitte V. Eiterentn.)

Z. d. P.: 6.

66) Caries des linken Ellbogengelenkes.

Alfred A. 3 J. aus B. Knabe blass, angeblich aus gesunder Familie. — Seit $1^1/_2$ J. krank. Ellbogengegend spindelförmig aufgetrieben. Fistel an der Hinterseite. Gelenk fixirt, Bewegungsversuche schmerzhaft. Nach aussen Fistel eines periartikulären Abscesses.

Z. d. P.: 6.

67) Ostitis der Diaphyse der rechten Ulna.

Christian L. 23 J. Bergmann aus D. Vater gesund; Mutter an Phthise gestorben. Pat. kräftigen und gesunden Aussehens. — Ende Nov. 82 ohne bekannte Veranlassung erkrankt; Schmerzen im Handgelenk; Anschwellung des Armes; nach ca. 14 Tagen Incisionen. Mitte Febr. 83 Entfernung von Sequestern. Seitdem wieder 3 kleine Abscesse gespalten. (Anfang April Eiterentn.)

Z. d. P.: 4.

68) Caries der rechten Handwurzel.

Christian B. 10 J. aus D. Seit $1^1/_2$ Jahren krank. Handgelenkgegend dorsal- und volarwärts unförmlich geschwellt. Eine grosse Anzahl von Fistelgängen führen auf rauhen Knochen und lose Sequester. In der Vola manus ein Abscess. (Eiterentn. während der Resektion.)

Z. d. P.: 2.

69) Caries der rechten Handwurzel.

Frau Lina H. 30 J. aus E. Frau blass, schmächtig. - Vor 5 J. zuerst Anschwellung und Schmerzhaftigkeit im u teren $^1/_3$ des rechten Vorderarmes. Vor 1 J. spontaner Au bruch; ausgeheilt. — Aug. 82 Anschwellung über dem Metakarpalknochen auf dem r. Handrücken, zugleich übe der Ulna. 7. V. Aufn.: mehrere Fisteln an Hand und übe der Ulna. 10. V. Amputatio (Eiterentn.).

Z. d. P.: 4.

70) Caries der rechten Handwurzel.

Theodor Sch. 30 J. Bergarbeiter aus M. In beiden Lun genspitzen Rasseln. — Vor $1^1/_2$ J. Schmerzen auf dem Hand rücken und Anschwellung der Hand. Bald völlige Gebrauchs unfähigkeit. 28. V. Amputatio (Eiterentn.).

Z. d. P.: 4.

71) Caries des IV. Metacarpalknochen links.

Hermann B. 16 J. aus J. Junge schwächlich; Lunge intakt. — Vor 10 Wochen begann auf dem Handrücken, ent sprechend den erkrankten Knochen eine Anschwellung. Vo 8 Tagen incidirt: Eiterentleerung. Seitdem mehrere Fisteln aus denen auch schon kleine Knochenstückchen extrahirt.

Z. d. P.: 2.

72) Caries des Metacarpalknochens des rechten Zeigefingers.

Junge Sch. 6 J. aus M. Vor 8 Wochen Fall auf die Hand, worauf Anschwellung. Nach 14 Tagen Incision und Auskratzung eines Knochenabscesses. Seitdem Fistel.

Z. d. P.: 4.

73) Caries fast sämmtlicher Phalangen; 10fache Spina ventosa.

cf. Nr. 20.

Z. d. P.: 4.

74) Caries der Wirbelsäule. Fistel in der Leistengegend.

St. 16 J. aus A. Junge anaemisch, mager. — Vor 4

J. angeblich Brustwassersucht gehabt, danach allmähliche Krümmung des Rückens (Kyphoscoliose). Nach mehreren Wochen Anschwellung unter dem lig. Poupart. d. Vor 6 Wochen incidirt. Sekretion nur noch sehr spärlich.
Z. d. P.: 2.

75) Caries des Kreuzbeins.

Aug. Kl. 8 J. aus B. Knabe schwächlich, mit aufgetriebenem Gesicht und aufgetriebenem Abdomen. — Seit 3 krank; liegt fast immer auf der Seite; kann schlecht sitzen. Kreuzbeingegend ödematös. Ca. 5 cm oberhalb des Anus eine Fistel, aus der viel fäkelriechender Eiter fliesst. Sonde dringt nicht tief ein.
Z. d. P.: 6.

76) Caries des Beckens.

Frau M. 30 J. aus N. Angebl. aus gesunder Familie. Frau sehr heruntergekommen. Ausgeprägte Phthisis pulmonum. — Aug. 80 die ersten Schmerzen im linken Bein, die nach beendeter Gravidität wieder verschwanden. Febr. 82 (wiederum schwanger) Anschwellung in der Hüfte. Im Juni aufgebrochen. Dabei immer umhergegangen. Nov. Wochenbett. 8. XII. 82 Aufn. mit Fistel oberhalb des Troch. maj. links. Sonde dringt nach oben auf rauhen Knochen. Gelenk frei. Seitdem immer gelegen. (Anfang II. Eiterentn.)
Z. d. P.: 4.

77) Caries der Rippen links.

Fabrikarbeiter H. 35 J. aus E. Mann kräftig. Lungen intakt. — Mitte Dec. 82 Typhus. In der 4. Woche Schmerzhaftigkeit am linken Rippenbogen. Allmählich zunehmende Anschwellung. Vor 5 Wochen incidirt. Es entleerte sich schmutziges Blut. Vor 3 Wochen Aufn.: Fistel am vorderen Ende der 8. linken Rippe; Sonde dringt nach unten — aussen in den interkostal gelegenen kleinen Raum; Rippen rauh.
Z. d. P.: 2.

NB. Die folgenden 8 Nummern betreffen Fälle, wo sch
eine Resektion oder Amputation stattgefunden. Trotzdem kö
nen sie nicht den im Anhang sub 101—108 angeführten ei
gereiht werden, weil theils die Natur des vorliegenden Zusta
des (langdauernde Fisteleiterung, schlechte Granulationen, g
ringe oder gar mangelnde Verheilungstendenz), theils das vo
aufgegangene und operirte Uebel oder der Allgemeinzusta
des Patienten das Vorhandensein der Tuberkelbacillen als me
weniger möglich oder wahrscheinlich erscheinen liess.

78) Resecirtes Hüftgelenk rechts.

Maria L. 10 J. aus E. Aus gesunder Familie. — Na
einem Fall aufs Bein vor circa $1^1/_2$ Jahr bildete sich ei
Hüftgelenkentzündung aus. Vor 7 Monaten Resectio coxa
seitdem Fisteln geblieben. Gelenk nicht anchylotisch.
Z. d. P.: 4.

79) Resecirtes Hüftgelenk links.

Gertrud M. 16 J. aus B. Vater an Brustkrankheit g
storben; Bruder Drüsen am Hals. — Weihnachten 1881 Schme
zen im linken Knie und Hüftgelenk. Seit März 82 gelege
29. V. Aufn.: ausgebildete Coxitis. 13. VII. Resection. Sei
dem mehrere Abscesse gespalten. So noch jetzt wieder,
Monate nach der Operation.
Z. d. P.: 12.

80) Resecirtes Kniegelenk links.

Josephine Pr. 7 J. aus C. Resecirt vor 4 Monaten we
gen chronisch-fungöser Gelenkentzündung.
Z. d. P.: 4.

81) Resecirtes Kniegelenk rechts (nach chronisch-fungöser Gelenkentzündung.)

Johanna M. 21 J. aus R. Eltern angeblich gesund; ei
Bruder an Phthisis florida gestorben. — Knie 16 J. lan
leidend gewesen; zeitweises Gehen unmöglich gewesen. Vo
5 Tagen Resectio genu; andauernd starke Eiterung.
Z. d. P.: 2.

82) Resecirtes Kniegelenk rechts (nach chronisch-fungöser Gelenkentzündung).

Cf. Nr. 17. (Eiter einige Tage nach der Operation entnommen).

Z. d. P.: 2.

83) Resecirtes Kniegelenk links (nach chronisch-fungöser Gelenkentzündung).

Maria Sch. 24 J. aus S. Aus gesunder Familie. Am Halse mehrere alte strahlige Narben von einem Drüsenleiden vor 10 J. — Beginn des Knieleidens vor 5 J.; langsam verschlimmert. Seit $^3/_4$ J. mit Stöcken gegangen. (Eiterentn. 5 Wochen nach der Operation: Wunde sieht gut aus; Sekretion gering).

Z. d. P.: 2.

84) Resecirtes Handgelenk rechts.

Cf. Nr. 68. Eiter entnommen 10 Woch. nach der Operation. Die Handwurzelgegend noch dick und aufgetrieben; Fisteln secerniren noch andauernd.

Z. d. P.: 2.

85) Amputationsstumpf des linken Oberschenkels.

Cf. Nr. 14. 4 Wochen nach der Operation. Der Stumpf klafft weit; schlechte Granulationen; Eiter riechend.

Z. d. P.: 8.

86) Amputationsstumpf des rechten Oberschenkels.

Cf. Nr. 16. 4 Wochen nach der Operation. Wunde nicht per primam geheilt, klafft, zeigt aber gute Granulationen.

Z. d. P.: 2.

B.

Drüsenfisteln.

1 positives, 7 negative Resultate.

1. Es fanden sich Tuberkelbacillen:

87) Vereiterte Lymphdrüsen am Halse, in der Achsel etc

Anton R. 30 J. Ackerer aus A. Heredität nicht na weisbar. Kräftiger Mann. — Im Februar 82 vereiterte e Drüse; Ursache: Erkältung. Dieselbe wurde incidirt. V dort aus verbreitete sich dann allmählich das Gebiet der schwellten Drüsen nach allen Richtungen. Im Juli wurd sie exstirpirt. Die Knoten traten aber wieder auf in wei Ausdehnung. 17. II. 83. Exstirpation von Drüsen am Hal 25. II. in der Achsel. Später noch zweimal Auskratzun Zur Zeit der Eiterentnahme (Anfang April) nur noch an ei gen Stellen vereiterte, meist einfach geschwellte Drüsen. I Schnittwunden granuliren gut, eitern noch ziemlich stark.

Z. d. P.: 12.

---

2) Es fanden sich keine Bacillen:

88) Vereiterte Lymphdrüsen im Nacken und am Halse recht

Ewald W. 19 J. Schmied aus S. Hereditäre Belastun nicht nachzuweisen. Pat. selbst sieht kräftig und gesund au — Vor 4 Jahren brach eine einzelne Drüse rechts auf. Se Weihn. 1882 schnelle Anschwellung der ganzen rechten Hals seite. 17. III. Aufn.: bisher nichts aufgebrochen oder incidir 20. III. Incision. Hiervon noch stark eiternde Wunden. (1 Tage darauf Eiterentn.).

Z. d. P.: 6.

89) Vereiterte Lymphdrüsen unter dem Kiefer beiderseits.

Cf. Nr. 35. Alte Fisteln.

Z. d. P.: 4.

90) Vereiterte Lymphdrüsen am rechten Unterkieferwinkel.

Adolf L. 11 J. aus B. Gesunde Familie. Junge blass, hager. — Seit April 82. Ursache unbekannt. 26. VI. 82 Spaltung, Auskratzung. (Mitte IV. 83 Eiterentn.)

Z. d. P.: 4.

91) Vereiterte Lymphdrüsen an beiden Seiten des Halses.

Cathar. Sch. 17 J. Magd aus H. Mutter an Phthise gestorben. — Vor 4 Jahren unter dem Kinn begonnen. Von dort allmählich um sich greifend. Vor 4 Wochen Incision und Exstirpation vieler, z. Th. verkäster Drüsen. Zur Zeit noch dicke Packete von Drüsen. Starke Eiterung.

Z. d. P.: 6.

92) Vereiterte Lymphdrüsen in der rechten Achsel.

Cathar. M. 20 J. aus M. Alte Drüsennarben am Halse. Anämie. — Herbst 82 begannen die Drüsen zu schwellen, ohne bekannte Ursache. Spontan aufgebrochen. Von da ab Fisteln. Diese führen zu einem harten, unregelmässigen Packet.

Z. d. P.: 6.

NB. Für Beurtheilung der folgenden Fälle vergleiche Pag. 36.

93) Granulirende Wunde nach Exstirpation eines Packetes tuberkulöser Lymphdrüsen in der linken Achselhöhle.

Frau N. 33 J. aus B. Vor 14 Tagen Exstirpation; jetzt noch eiternde Wundhöhle.

Z. d. P.: 6.

94) Granulirende Wunde nach Exstirpation von tuberkulösen Drüsen am Halse links.

Wilh. G. 8 J. aus D. Vor 14 Tagen exstirpirt. Geringe Wundsekretion.

Z. d. P.: 2.

C.

Tuberkulose des Urogenitalapparates.

1 positives, 0 negatives Resultat.

Es fanden sich Bacillen vor:

95) Tuberkulose beider Nebenhoden und der Blase.

B. 17 J. aus O. Anämischen schwächlichen Aussehens.

Lungen intakt. Schon früher immer kränklich; überst
Scharlach mit folgender Wassersucht. — Dec. 81 unter
zündlichen Erscheinungen Schwellung am linken Hoden. E
Incision entleerte Jauche. Langsame Heilung. Herbst
Urinbeschwerden; erst 2-, dann 1stündlicher Zwang, ur
verzögertem Abfluss, und mit einigem Schmerz verbund
Urin damals röthlich, unangenehm riechend; zuw. mit B
klümpchen. Beim Gehen Schmerzen im Scrotum. Abe
leichtes Fieber. 28. IV. 83 Aufn.: links Hoden und Sam
strang intakt; am unteren Ende des Nebenhodens eine kirs
grosse, harte, knollige Geschwulst, mit der alten Incisionsna
verlöthet; — rechts am untern Ende des Nebenhodens e
pflaumengrosse, runde, fluktuirende Geschwulst; Haut darül
unverändert, verschiebbar.

Untersuchung des Harnes: trübe, mit ausserorde
lich starkem, gelben bis gelbbraunem Bodensatz. In den P
paraten von an 3 verschiedenen Tagen entnommenen Ha
proben liessen sich jedesmal Tuberkelbacillen nachweisen.

Z. d. P.: 8.

D.

Ulcerationen auf Haut und Schleimhaut.

Kein positives, 5 negative Resultate.

Es fanden sich keine Bacillen:

96) Ulcera cruris beiderseits.

Cathar. St. 27 J. aus B. Äusserste Anämie. Vor
Jahren zum ersten Mal aufgebrochen. Seitdem häufig zug
heilt gewesen. Bei der Aufn. vor 10 Tagen beiderseits üb
Thaler grosse Ulcera mit sehr stark infiltrirten Rändern; z
Zeit gut granulirend. Wenig Sekret.

Z. d. P.: 4.

97) Ulcus cruris links.

Engelb. H. 34 J. Tagelöhner aus N. Seit 11 J. bestehen
Z. d. P.: 6.

98) Ulcus cruris rechts.

Maria P. 50 J. aus B. Mutter an Kehlkopfschwindsucht, eine Schwester als verheirathete Frau an der Schwindsucht gestorben. In der Jugend Drüsen am Halse gehabt, wovon beiderseits Narben. Dann auch einmal im Halse „innere Drüsen" gehabt. Hernach gesund. — Vor 4 Monaten brach eine spontan entstandene Geschwulst über der crista tibiae auf. Nicht mehr zugeheilt gewesen.

Z. d. P.: 6.

99) Ausgedehnte tuberkulöse Ulcerationen an beiden Unterschenkeln.

Anton B. 39 J. Schuster aus R. Elendes Aussehen. Ausserdem verschiedene Knochen- und Gelenkeiterungen. Lungen ebenfalls verdächtig. 20. VI. 81 wegen Tuberkulose des linken Hodens kastrirt; gut verheilt. — Schon vor 2 J. Abscess am Unterschenkel. Im vorigen Sommer wieder Anschwellung unter dem linken Knie, die im Nov. aufbrach. Dort finden sich jetzt mehrere bis 5-Markstück grosse Ulcerationsflächen. Torpide Granulationen. Unterminirte, livide Ränder.

Z. d. P.: 6.

100) Ozaena scrophulosa.

Junge H. 10 J. aus M. Zugleich Blepharitis und Randphlyktaene. Allgemein skrophulöser Habitus. Die Eiterung in der Nase angeblich nach Scarlatina. Es haben sich schon Knochensplitter gelöst. Die linke untere Nasenmuschel liegt ganz nackt.

Z. d. P.: 6.

Anhang.

Diese letzten 8 Fälle wurden als Beispiele von solchem Eiter aufgenommen, in dem man, wenn man den specifischen Charakter der Tuberkelbacillen annimmt, keine erwarten darf. Sämmtliche diesbezüglichen Untersuchungen blieben auch resultatlos.

101) **Granulirende Wundfläche nach Amputatio mammae, wegen Carcinoms.**

Frau Sophie F. 50 J. aus Tr. Operation vor 4 Wochen. Geringe Sekretion.

Z. d. P.: 4.

102) **Granulirender Amputationsstumpf des Unterschenkels.**

Aug. St. 37 J. aus G. Vor 5 Wochen amputirt wegen Sarkoms in der Plantarfascie des rechten Fusses, nicht per primam geheilt.

Z. d. P.: 4.

103) **Wundfläche nach Exstirpation eines Sarkoms der Halsfascie hinten links vor 3 Wochen.**

Gertrud H. 19 J. aus O.

Z. d. P.: 8.

104) **Eiternde Knochenwunde** nach Ausgrabung einer Revolverkugel aus dem caput tib. sin. vor 2 Tagen.

Franz Sch. 6 J. aus N.

Z. d. P.: 4.

105) **Grosse eiternde Granulationsfläche nach weitgehender Verbrühung** auf Rücken und rechter Schulter vor $1^1/_2$ J.

Andreas H. 20 J. aus B.

Z. d. P.: 2.

106) Eigenthümliche **cutane Neubildung** am Halse, die in central vereiterten Knoten auftritt. Grauweisses Sekret.

Elise L. 25 J. aus B.

Z. d. P.: 8.

107) **Panaritium subfasciale** in der Vola manus dextr.

Leo J. 22 J. Tagelöhner aus U.

Z. d. P.: 2.

(108) **Inhalt einer degenerirten Schilddrüsencyste**; kein Eiter, vielmehr Detritus und Cholestearinkrystalle.

Heinr. St. 53 J. Mauermeister aus St.
Z. d. P.: 4.

Das *Gesammtresultat* ist also:

I. Uneröffnete Eiterheerde.

A. Knochen, Gelenke
positiv: 8 Fälle
negativ: 15 „
B. Drüsen, Weichtheile
positiv: 9 „
negativ: 8 „

positiv: 17 Fälle
negativ: 23 „

II. Fisteln, Ulcerationen.

A. Knochen, Gelenke
positiv: 7 Fälle
negativ: 39 „
B. Drüsen
positiv: 1 „
negativ: 7 „
C. Harnwege
positiv: 1 „
D. Ulcerationen
negativ: 5 „

positiv: 9 Fälle
negativ: 51 „

100 Fälle
Anhang: negativ: 8 „

108 Fälle'

o **26 positive auf 74 resp. 82 negative Ergebnisse** mit zusam-
n ca. 520 Präparaten.

Versuchen wir, noch mit einigen Worten einzelne Resu
tate einer speciellen Besprechung zu unterziehen, so fällt v
allen Dingen die vollständigste Unberechenbarkeit des Befu
des in die Augen.

Blicken wir zunächst auf die geschlossenen Abscesse!

Es finden sich keine Bacillen trotz gleichzeitiger phtl
sischer Lungenerkrankung bei Fall 9, 11, 12, 16 — tro
anderweitiger tuberkulöser Erkrankungen (Fall 21) und tro
eines gleichzeitigen, erwiesenermassen Bacillenhaltigen Absce
ses am Unterschenkel (23).

Im Drüsenabscess: auf der einen Seite Bacillen tro
gesunder Familie und trotz gesunden Aeusserens bei Nr. 2
25, 28 — auf der andern Seite keine Bacillen (34, 36), trot
dem Skrophulose in der Familie heimisch.

Es ist klar, dass sich hieraus fürs erste kein ander
Schluss ziehen lässt, als: von vornherein lässt sich nur m
sehr geringer Wahrscheinlichkeit der Bacillengehalt eines Hee
des voraussagen. In wie weit aber der positive oder negativ
Befund Wichtigkeit hat für die Beurtheilung eines Falles, -
ob jedesmal angenommen werden muss: hier liegt eine ble
bende Infektion des ganzen Körpers vor, — oder ob nicl
optimistisch kalkulirt werden darf: der Körper entledigt sic
vielleicht für immer des fremden Stoffes und — abgerechne
eine etwaige 2. Infektion — ist und bleibt er frei davo
das sind Fragen, zu deren Beantwortung unser Material nicl
ausreicht. Diese Fragen könnten definitiv wohl nur auf di
Weise erledigt werden, dass es gelänge, möglichst viele Men
schen, die einmal einen Tuberkelbacillenhaltigen Eiter produ
cirt haben, wenn möglich bis an ihren Tod auf etwaige neu
tuberkulöse und phthisische Erkrankungen zu beobachten.

Die Schwierigkeiten dieser Aufgabe sind aber so gross
dass sich nicht so leicht Einer an ihre Bewältigung wage
wird. Sie setzen ihrer Natur nach eine so lange Beobach
tungsfrist voraus, nicht allein des speciellen Wund- und Ver
heilungsprocesses, sondern namentlich auch des Allgemeinbe
findens für die kommenden Jahre und Jahrzehnte, dass voraus

ichtlich erst in später Zeit die Lösung auf dem Wege ge-
unden werden wird, dass Einer die allmählich erfolgenden
Publikationen aus der Praxis einheitlich sammeln und zusam-
enstellen wird.

Noch weit ergebnissarmer bleibt aber für jetzt ein Blick
uf die grosse Menge unserer sub II. registrirten Fälle. Man
ann sich kaum der Annahme erwehren, dass es zuweilen wie
einer Zufall erscheint, wenn sich Tuberkelbacillen vorfanden.
bsehen will ich hier von den Fällen sub Nr. 42, wo augen-
cheinlich ein besonders lebhaft destruirender Process den er-
chöpften Körper dem Tode entgegenführte — absehen ferner
on Nr. 95, wo ersichtlich eine energisch fortschreitende tu-
erkulöse Ulcerirung vorlag.

Aber was ist es, das Fällen wie 41, 43, 46 und 47 das
raurige Vorrecht giebt, Bacillen im Eiter zu beherbergen
esp. finden zu lassen, gegenüber Fällen wie 48, 50, 53, 55,
0, 63, 65, 67, 70, 76, 91, 98, 99, wo theils ausgesprochene
hthisis, theils entschiedene hereditäre Belastung, theils gar
eides vereint vorliegt!

Sollten hier wirklich keine Bacillen in den Heerden vor-
anden sein? Wir müssen, besonders gerade auch nach den
chuchardt und Krause'schen Publikationen sagen: Doch
ohl! Aber es beweist nur, dass der negative Befund der
ikroskopischen Eiteruntersuchung nicht allein massgebend
ein kann.

Halten wir dies mit unseren früheren Erwägungen zu-
ammen, so müssen wir sagen, dass nach unseren Ergebnissen
er Methode der mikroskopischen Untersuchung des Eiters
on Fisteln und Ulcerationen auf Tuberkelbacillen einstweilen
ir nennenswerther praktischer Werth nicht beizumessen
t. Es wird keinem Arzte einfallen, solchen Kranken, die
n ausgesprochen tuberkulösen Knochenheerden darniederlie-
en, die erblich belastet sind und wohl gar schon verdächtige
ungensymptome zeigen, eine irgendwie bessere Prognose zu
tellen, als er nach unseren bisherigen Anschauungen musste,
elbst wenn er lange nach Bacillen suchte und — keine fand.

Und ebenso wenig Werth würde es schliesslich für die T
rapie haben, wenn er Bacillen vorfände. Noch haben
kein Mittel, das die Bacillen vernichtet. Und hätten wir ei
wie wollten wir es bis zu den tiefsten, im Gewebe versteck
Heerden tragen? Und hätten wir eins, würden wir fer
nicht dasselbe auch sofort in allen den Fällen zur Anwendu
bringen, wo wir trotz resultatloser Eiteruntersuchung na
unseren alten Symptomen die Tuberkulose diagnosticiren müsse

So scheint mir diese Methode zur Zeit noch keinen b
sonderen praktischen Werth zu haben. Angesichts der un
cheren Resultate dürfen wir uns weder „übertriebene Vo
stellungen von der Erleichterung der Diagnose machen“ (sie
schon: Marchand a. a. O.) noch haben wir bis jetzt für d
Prognose und Therapie dadurch neue sichere Anhaltspunk
gewonnen.

Damit soll aber nicht gesagt sein, dass dieses Capitel nu
mehr schon als abgeschlossen zu betrachten sei. Im Gegenthei
wir haben deutlich genug unsere Meinung dahin präcisirt, da
wir die vielen negativen Resultate bei Fisteluntersuchunge
nicht im geringsten für absolut gültig erachten. Vielmeh
sind wir überzeugt, dass sich in sehr vielen Fällen noch einig
oder mehrere Bacillen würden haben finden lassen, wenn e
möglich gewesen wäre, dieselben noch eingehender und anhal
tender zu untersuchen (vielleicht ausgenommen die wirklic
in der Ausheilung begriffenen).

Auf eine solche Weise könnte es schon gelingen, die gross
Kluft, welche zwischen unseren Resultaten und denen vo
Schuchardt und Krause besteht, mehr weniger zu verklei
nern. Ob es Einem gelingt, sie bei Vorlage einer grossen
Reihe von Fällen allein schon durch lediglich positive Resul
tate von mikroskopischen Sekretuntersuchungen ganz auszu
füllen, ist wohl sehr fraglich. Einen Weg gibt es aber, hier
über erfreuliche Klarheit zu schaffen, das ist der der Combi
nation beider Untersuchungsmethoden. Liessen sich in zahl
reichen Eiterpräparaten keine Bacillen nachweisen, dann muss

ich daran die entscheidende Untersuchung des exzidirten Gewebes anschliessen.

Dann erst können wir ein abschliessendes Urtheil über den Werth der Eiteruntersuchung erwarten.

Auf diesem Wege würden wir auch erst dahin gelangen, einen jeden vorliegenden Fall definitiv auf die Natur seines Krankheitsprocesses prüfend zu erkennen: die Untersuchung des Gewebes sicherte das Wesen des Processes — die Untersuchung des Eiters gäbe einen Massstab zur Bemessung der Intensität seines Verlaufes.

Es ist für mich eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Trendelenburg auch an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Unterstützung in Rath und That, die er derselben hat angedeihen lassen.

Ueberblick.

I. Eiter aus geschlossenen Abscessen u. Gelenk

A. Knochen-, Knorpel- u. Gelenkabscesse.

Es fanden sich Bacillen:	Lfd. Nro.	Es fanden sich keine Bacill	Lfd.
Caries des Hüftgelenkes	1	Caries des Beckens	
„ „ „	2	„ „ Hüftgelenkes	
„ „ Tibiotarsalgelks.	3	„ „ Oberschenkels	
„ „ Ulna	4	„ „ „	
Periostitis capitul. rad.	5	Periostitis des „	
Caries der Rippen	6	Caries des Kniegelenkes	
„ „ „	7	Chron.-fg. Kniegelkentzdg.	
Perichondrit. des Kehlkopf.	8	„ „ „	
		„ „ „	
		„ „ „	
		Caries der Scapula	
		„ des Ellbogens	
		„ der Rippen	
		„ dentium. Parulis	
		„ des Nasenbeines	

B. Drüsen- u. Weichtheil-Abscesse.

Vereiterte Lymphdrüsen	24	Vereiterte Lymphdrüsen	
„ „	25	„ „	
„ „	26	„ „	
„ „	27	„ „	
„ „	28	Perinephritischer Abscess	
„ „	29	Abscess in der Hinterbacke	
Tubk. Schwllg. d. L.-drüsen	30	„ „ „ Backe	
Abscess am Oberschenkel	31	„ am Halse	
„ „ Unterschenkel	32		

II. Eiter aus Fisteln und von Ulcerationsflächen.

A. Knochen- und Gelenkfisteln.

Es fanden sich Bacillen:

	Lfd. Nro.
Caries des Hüftgelenks	41
„ „ „ und Wirbelsäule	42
„ des Ellbogengelenk.	43
„ „ „	44
„ der Clavicula	45
„ „ Metatarsalknoch.	46
Tuberkulöse Bursitis	47

Es fanden sich keine Bacillen:

	Lfd. Nro.
Caries des Hüftgelenkes	48
„ „ „	49
„ „ Oberschenkels	50
„ „ „	51
Entzündung d. Kniegelenk.	52
Caries der Tibia	53
„ des Sprunggelenkes	54
„ der Fusswurzelknch.	55
„ „ „	56
„ des Calcaneus	57
„ „ „	58
„ „ „	59
„ der Metatarsalknch.	60
„ „ „	61
Ostitis humeri	62
Caries des Ellbogengelenk.	63
„ „ „	64
„ „ „	65
„ „ „	66
„ der Ulna	67
„ „ Handwurzel	68
„ „ „	69
„ „ „	70
„ „ Metakarpalknch.	71
„ „ „	72
„ „ Phalangen	73
„ „ Wirbelsäule	74
„ des Kreuzbeins	75
„ „ Beckens	76
„ der Rippen	77

Es fanden sich Bacillen: Lfd. Nro.	Es fanden sich keine Bacillen Lfd. Nro
	Resecirtes Hüftgelenk 78
	„ „ 79
	„ Kniegelenk 80
	„ „ 81
	„ „ 82
	„ „ 83
	„ Handgelenk 84
	Amputationsstumpf des Oberschenkels 85
	dto. 86

B. Drüsenfisteln.

Vereiterte Lymphdrüsen 87	Vereiterte Lymphdrüsen 88
	„ „ 89
	„ „ 90
	„ „ 91
	„ „ 92
	Extirpirte „ 93
	„ „ 94

C. Urogenitalapparat.

Tuberkulöse Cystitis (Harn) 95	

D. Ulcerationen auf Haut und Schleimhaut.

Ulcus cruris 96
„ „ 97
„ „ 98
Tuberkulöse Ulcerationen 99
Ozaena scrophulosa 100

Anhang.

Reiner Wundeiter 101—105
Eiter einer Neubildung 106
Eiter aus ein. Panaritium 107
Degenerirte Cyste 108

Vita.

Ich, F. W. Bernh. Schlegtendal, wurde am 17. Mai 859 zu Barmen als der älteste Sohn des dortigen Arztes Dr. med. . Schlegtendal und Emilie, geb. Weddigen geboren. ein Vater starb schon im Jahre 1872, meine Mutter erfreut ch noch des besten Wohlergehens. Ich bekenne mich zur re- rmirten Confession. Zunächst besuchte ich in meiner Vater- adt die Wupperfelder Filiale der Realschule I. O. bis zur Ober- rtia. Auf der Hauptschule besuchte ich sodann noch die Real- ntersekunda, trat dann aber in die Sekunda des Gymnasiums Barmen ein. Nach 4jährigem Besuche wurde ich von dieser nstalt Ostern 1878 mit dem Zeugniss der Reife entlassen. In arburg absolvirte ich nach 4semestrigem Studium das Tentamen ysikum und wandte mich hierauf nach Bonn. Im Winter $8^{82}/_{83}$ bestand ich hier das medicinische Staatsexamen.

Meine akademischen Lehrer waren:

Marburg: die Herren Professoren Greeff, Külz, Lieberkühn, Melde, Wagener, Wigand, Zincke;

Bonn: die Herren Professoren und Docenten Binz, Burger, Busch, Doutrelepont, Finkelnburg, Finkler, Koester, Madelung, Obernier, Rühle, Saemisch, Trendelenburg, Veit, Walb.

Allen diesen verehrtesten Herren Lehrern herzlichsten Dank!

Ganz besonderen Dank schulde ich aber vor Allem sowohl m Andenken des leider so früh verstorbenen Herrn Geh. Me- cinal-Rathes Prof. Dr. Busch, dessen Güte mir im Jahre $18^{80}/_{81}$ e studentische Assistentenstelle an der chirurgischen Klinik zu heil werden liess, als auch vornehmlich dem Herrn Prof. Dr. adelung, zur Zeit Prof. ord. in Rostock, der mich 3 Semester durch in den mannigfachsten Beziehungen aufs freundlichste ch Rath und That geleitet und gefördert hat, und dessen Ver- uen mich im Frühjahr 1882 in die interemistisch eingerichtete elle eines 2. chirurgischen Assistenzarztes am St. Johannis- spitale zu Bonn berief.

Thesen:

1) Gleichzeitige tuberkulöse Affektion der Lunge kontraindi die Operation der Mastdarmfistel nicht.

2) Bei äusseren Krankheiten darf niemals die Aufnahme e genauen Anamnese unterlassen werden.

3) In partu geht das Leben der Mutter über das des Kinde

4) Die Koch'schen Tuberkelbacillen sind unbedingt als specifi tuberkulös zu erachten, solange nicht zwingendere weise als bisher dagegen aufgeführt werden können.